

(別添 2 - 1)

学 則

① 商号又は名称	株式会社ミライプロジェクト
② 研修事業の名称	株式会社ミライプロジェクト 介護美容研究所 介護職員初任者研修講座
③ 研修の種類	介護保険法施行令に基づく介護員養成研修 (介護職員初任者研修課程)
④ 研修課程及び 学習形式	介護職員初任者研修課程 ・通信形式
⑤ 事業者指定番号	※電話等の連絡後に記載し、直ちに情報開示すること。
⑥ 開講の目的	本研修の目的は次のとおり。 2025年の介護人材不足という社会問題に対して、貢献するために、 地域で支える高齢者の暮らしに不可欠な介護・福祉への理解者を育成し、 世代に関わらず暮らしやすい街作りに率先して関わる事が出来る志の高い人材を送り出すことを目的とする。
⑦ 講義・演習室 (住所も記載)	大阪市中央区西心斎橋 1 丁目 4 番 5 号 御堂筋ビル 7 階 介護美容研究所教室
⑧ 実習施設	1 実施しない
⑨ 講師の氏名及び 担当科目	講師一覧表(別添 2 - 3)を参照。
⑩ 使用テキスト	日本医療企画出版 「介護職員初任者研修課程テキスト」
⑪ シラバス	シラバス(別添 2 - 2)を参照。
⑫ 受講資格	(1) 通学可能な者。 (2) 介護や福祉に関心を持ち、その知識と技術を学びたいと希望する者。 (3) 受講対象者の年齢は 15 歳(ただし中学校を卒業した者)以上とする。 (4) その他、就学可能と弊社が認めた者。
⑬ 広告の方法	HP SNS(facebook、Instagram、twitter)
⑭ 情報開示の方法	下記ホームページにおいて情報開示する。 ホームページアドレス URL: https://academybc.jp/training_institution/

<p>⑮ 受講手続き及び本人確認の方法 (応募者多数の場合の対応方法を含む)</p>	<p>受講手続は次のとおりとする。</p> <p>(1) 当社指定の受講申込書に必要事項を記入の上、期日までに申し込む。ただし、定員に達した時点で申込受付は終了する。</p> <p>(2) 当社は、書類審査の上、受講者の決定を行い、受講決定通知書を受講者宛に通知する。</p> <p>(3) 受講決定通知書を受取った受講者は、指定の期日までに受講料等を納入する。</p> <p>(4) 当社は、受講料等の納入を確認した後、教材を郵送する。</p> <p>(5) 受講予定のクラスを他のクラスに変更を希望する場合は、受講開始日の 2 日前から前日(土日祝日除く)までにクラス変更料 1 万円(税別)を徴収後、クラス変更が可能。</p> <p>(6) 開講に際し、申し込みが 3 名以下の場合には開講しない。</p>
<p>⑯ 受講料及び受講料支払方法</p>	<p>182,600 円 (テキスト代、消費税含む) 一括納付</p>
<p>⑰ 解約条件及び返金の有無</p>	<p>受講料等の納入後、受講日の 3 日前(土日祝日除く)までにキャンセルされた場合は、返金時の振込手数料を差し引いて受講料を返金する。受講開始日の 2 日前から前日(土日祝日除く)までにキャンセルされた場合は、キャンセル料 3 万円(税別)と返金時の振込手数料を差し引いて受講料を返金する。</p> <p>教材は、開封前のみ返品を受け付ける。テキスト代は、受講料とあわせて返金する。返送料は受講生の負担とする。</p> <p>受講開始日以降のキャンセルは、受講料の全額を徴収する。</p> <p>当社による解除と損害に対しての請求については、別途「基本約款」に則り対応する。</p>
<p>⑱ 受講者の個人情報の取扱</p>	<p>個人情報保護規程策定の有無 (有)</p> <p>事業実施により知り得た個人情報をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に使用しない。また、修了者を修了者台帳に記載し、永久保存する。受講者等が実習等で知り得た個人情報をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に使用することのないよう受講者の指導を行う。</p> <p>なお、修了者は大阪府の管理する修了者名簿に記載される。</p>
<p>⑲ 研修修了の認定方法</p>	<p>認定方法：修了を認定した者には修了証明書を交付する。</p> <p>研修の修了年限：5 カ月</p> <p>修了評価方法：(別添 2-9) を参照。</p>
<p>⑳ 補講の方法及び取扱</p>	<p>補講の方法：研修の一部を欠席した者で、やむを得ない事情があると認められる者については、個別補講を行うことにより当該科目を修了したものとみなす。</p> <p>補講に要する費用：補講にかかる受講料は、1 日につき税別 6,000 円を受講者の負担とする。</p>

㉑科目免除の取扱	科目の免除についてはこれを認めない。
㉒受講中の事故等 についての対応	受講中に生じた事故等については、当社が加入する損保ジャパン株式会社事業活動総合保険で対応する。
㉓研修責任者名、所属名及び役職	氏名：大倉武彦 所属名：スクール事業部 役職：事業本部長
㉔課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名：大倉武彦 所属名：スクール事業部 役職：事業本部長
㉕苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：大倉武彦 所属名：スクール事業部 役職：事業本部長 連絡先：06-6227-8719
㉖研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名：森川加奈 所属名：スクール事業部 連絡先：06-6227-8719
㉗情報開示責任者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：大倉武彦 所属名：スクール事業部 役職：事業本部長 連絡先：06-6227-8719
㉘修了証明書を亡失・き損した場合の 取扱い	「養成研修修了証明書等の亡失・き損時の取り扱いに関する要領」に基づき証明書を交付する。 ・証明書交付に係る費用：1,100 円（送料および税込）
㉙その他必要な事項	研修事業の実施に当たり、次のとおり必要な措置を講じることとする。 受講者の本人確認を以下のとおり実施する。本人確認の時期：初回の講義前の受付時 本人確認の方法：住民基本台帳カード、在留カード、健康保険証、運転免許証、パスポート、年金手帳のいずれかの提示、または、戸籍謄本、戸籍抄本若しくは住民票の提出

※1 大阪府からのお知らせ	大阪府介護職員初任者研修事業実施要領第2の2（1）より抜粋 【内容及び手続きの説明及び同意】 事業者は、受講の受付に際し、受講希望者に対し受講するために必要な費用等を明記した学則の内容及び研修を受講する上での重要な事項等を記載した書面等を配布するとともに、その説明を
---------------	---

	行い、かつ、あらかじめ受講希望者の同意を得なければならない。
--	--------------------------------

※2 研修事業者の指定担当	大阪府 福祉部 地域福祉推進室 福祉人材・法人指導課 人材確保グループ 電話：06-6944-9165
---------------	---